

# **GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Dante Garcia**

## **2. MODELOS DE ATENÇÃO OU MODELOS ASSISTENCIAIS**

*Combinação de SABERES (conhecimentos) e TÉCNICAS (métodos e instrumentos) utilizadas para RESOLVER problemas e ATENDER necessidades de saúde INDIVIDUAIS e COLETIVAS. (Paim, 1993, 1998, 1999)*

Visões:

1. Visão organizacional-gerencial
2. Visão Técnico-assistencial
3. Visão Sócio-política

## **2. MODELOS DE ATENÇÃO OU MODELOS ASSISTENCIAIS**

### **HEGEMÔNICOS:**

- 1. SANITARISMO CAMPANHISTA**
- 2. MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA**

### **ALTERNATIVOS:**

- 1. AÇÕES PROGRAMÁTICAS**
- 2. VIGILÂNCIA À SAÚDE (Sanitária e Epidemiológica)**
- 3. DISTRITO SANITÁRIO (SILOS)**

**(Os três são também denominados Modelo Epidemiológico ou Vigilância à Saúde)**

- 1. SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS**
- 2. PROMOÇÃO DA SAÚDE (Defesa da vida, cidade saudável)**

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE

#### CONCEPÇÕES:

- A) Saúde como produto de comportamentos de indivíduos e famílias (estilos de vida, dieta, atividade física, hábito de fumar), com ênfase em programas educativos relacionados a riscos comportamentais passíveis de mudança.
- B) Saúde como produto de amplo espectro de fatores relacionados a qualidade de vida, com ênfase em ações voltadas para o coletivo e o ambiente (físico, social, político, econômico, cultural), contemplando a “autonomia” de indivíduos e grupos (capacidade para viver a vida) e a equidade. (Carvalho et al., 2004)

#### MÚLTIPLAS ESTRATÉGIAS:

- Ação intersetorial em saúde e qualidade de vida
- Políticas públicas saudáveis
- Ambientes saudáveis
- Ação comunitária
- Desenvolvimento de hábitos e estilos de vida saudáveis
- Reorientação de serviços
- “*Empoderamento*”
- Participação

## 4. A SAÚDE NA CF DE 1988

Art.196: Direito e dever; Políticas sociais e econômicas; Acesso universal e igualitário; Promoção, proteção e recuperação. 3

Art. 197: Relevância Pública; Compete ao SUS regular, fiscalizar e controlar (Execução direta, terceiros e privados)

Art. 198 : Rede regionalizada e hierarquizada; Integra um sistema único, organizado por meio das diretrizes: Descentralização; Atendimento integral; Participação da comunidade .

Comentários à EC 29

Art. 199 : A assistência à saúde é livre à iniciativa privada; Participação complementar; Vedado destinação de recursos – setor privado lucrativo.

Art. 200: Além das ações diretas de saúde, todas relacionadas à garantia da atenção integral e da gestão do Sistema

## 5. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

### DOUTRINÁRIOS:

- UNIVERSALIDADE
- IGUALDADE
- EQUIDADE
- INTEGRALIDADE

### ORGANIZATIVOS:

- DESCENTRALIZAÇÃO
- REGIONALIZAÇÃO/  
HIERARQUIZAÇÃO
- RESOLUBILIDADE
- PARTICIPAÇÃO SOCIAL
- COMPLEMENTARIDADE  
DO SETOR PRIVADO
- INTERSETORIALIDADE

### DIRETRIZES:

- DESCENTRALIZAÇÃO
- INTEGRALIDADE
- PARTICIPAÇÃO DA  
COMUNIDADE

## 6. POLÍTICA E SISTEMA DE SAÚDE

### Política de Saúde

- *Política de Saúde* no discurso oficial pode significar diretrizes e planos de ação, porém, enquanto disciplina acadêmica, abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder (Politics) como, também, a formulação, a condução e a implementação de políticas de saúde (Policy).
- É a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

## 6. POLÍTICA E SISTEMA DE SAÚDE

### SISTEMA DE SAÚDE:

- **Sistema:** Sistema pode ser definido como um conjunto de elementos interdependentes que interagem com objetivos comuns formando um todo, e onde cada um dos elementos componentes comporta-se, por sua vez, como um sistema cujo resultado é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente.
- **Art. 198:** [...] constituem um sistema único.
- **Lei 8.080/90 e Decreto 7.508/11:** [...] conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação [...] executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.



## 7. LEI 8.080/90

Art. 2º/3º - saúde também como dever: das pessoas; família; empresas; sociedade. Conceito ampliado de Saúde (físico, mental e social);

Art. 5º - Objetivos: Identificação de condicionantes e determinantes; Formular a política; Prestar Assistência;

Art. 6º:

**vigilância sanitária:** conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde (todas as etapas); o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

**Vigilância epidemiológica:** conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

**Saúde do trabalhador:** conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

## 7. LEI 8.080/90

Art. 7º: Além dos Princípios já vistos, considera: Autonomia na defesa da integridade; Divulgação da informação sobre serviços disponíveis; Informação sobre a saúde; Orientação Epidemiológica; Conjugação de recursos financeiros, tecnológicos e materiais (três esferas); Resolubilidade; Organização dos serviços (evitar duplicidade);

Art. 9º - a direção do SUS em cada esfera de governo será exercida :

I - Na União : Ministério da Saúde

II- Nos Estados, Distrito Federal e Municípios : pelas Secretaria de Saúde ou Órgão similar.

Art. 10 – Consórcios intermunicipais (Preservar o comando único); Constituição de distritos sanitários (nível municipal)

Art. 12, 13 e 14 – Comissões intersetoriais (Subordinadas ao CNS; áreas não exclusivas do SUS); Comissões permanentes de ensino.

Art. 14 A e 14B- Institui os foros de negociação e pactuação: CIB e CIT. Aspectos operacionais do SUS. Reconhece Conass, Conasems e Cosems como entidades representantes dos entes estaduais e municipais.

Art. 15 ao 18 – Competências comuns e de cada esfera: MS (formulação de políticas, definição de parâmetros e critérios); SES (coordenação e apoio técnico, execução complementar e suplementar); SMS (execução direta)

## 7. LEI 8.080/90

Art. 19 A a H : Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - Incluído pela Lei 9.836/99; Financiado pela União; Descentralizado, regionalizado e hierarquizado; Integralidade e participação social;

Art. 19 I: Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar - Lei 10.424/00; atendimentos: médicos, enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e assistência social; multidisciplinar – preventivo, terapêutico, reabilitador. Apenas por indicação médica e com expressa concordância do paciente e família.

Art. 19 J: trabalho de parto, parto e pós-parto imediato – Lei 11.108/05; Rede própria e conveniada; direito a acompanhante escolhido pela parturiente.

Art. 19 M: A assistência terapêutica integral segundo art. 6º consiste em (Lei 12.401/11):

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar (definido pelo SUS)

III - Qualquer dos medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e [...]

## 7. LEI 8.080/90

- Na falta de protocolo e diretrizes – definição dada pela gestão do SUS, aprovado nas instâncias gestoras e conselho municipal de saúde.
- Incorporação, exclusão ou alteração (medicamentos ou produtos) como alteração ou constituição de protocolos e diretrizes – competência do MS.
- Define o papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
- Veta: I - pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamento/produto /procedimento experimental, ou de uso não autorizado pela ANVISA; II - dispensação, pagamento, ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.
- Responsabilidade financeira: será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite

Art. 20/21/22/23: Livre à iniciativa privada; ações de promoção, proteção e recuperação; regulados pelo interesse público; vedado a participação direta ou indireta de empresa ou de capitais estrangeiros (salvo, doações de organismos internacionais vinculados a ONU; entidades de cooperação técnica ou financiamento e empréstimo);

## 7. LEI 8.080/90

Art. 24/25/26: o SUS poderá recorrer a serviços ofertados pela iniciativa privada; contrato e convênio; preferência: privados não lucrativos; deverá seguir as mesmas regras do público; critérios e valores definidos pela direção nacional do SUS; proprietários, administradores, dirigentes – não exercer cargo de chefia no SUS

Art. 27/28/30: Recursos Humanos - política nas três esferas; formação e capacitação em todos os níveis, inclusive pós-graduação; chefia, direção, assessoramento – tempo integral

Art. 31 a 33: Dos recursos financeiros: recursos oriundos da seguridade social – metas e prioridades LDO; creditados em contas especiais (nos Fundos de Saúde); fiscalização dos Conselhos de Saúde;

Art. 35: Critérios para estabelecimento de valores: Demográfico; Epidemiológico; Características quantitativas e qualitativas da rede; Desempenho técnico, econômico e financeiro; Participação financeira; Plano quinquenal de investimentos; Ressarcimento para outras esferas. **Metade dos recursos por critério demográfico**

Art. 36/37/38: Planejamento – ascendente; Planos de Saúde como base; vedado transferências de recursos para ações não previstas nos Planos de Saúde; proibido a destinação de recursos para instituições com finalidades lucrativa;

## 8. LEI 8.142/90

**Art. 1º - Cria Instâncias colegiadas:**

**Conferências** - avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Ocorrerão a cada 4 anos; deverá manter a paridade entre usuários e demais seguimentos; convocadas pelo executivo ou conselho; Segundo X e XI CNS sugere-se para as Conferências Estaduais e Municipais o prazo de 2 em 2 anos.

**Conselho de Saúde:** paritário; instância permanente; deliberativo; composição: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários; formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (aspectos econômicos e financeiros. Assegurado no CNS cadeira para Conass e Conasems. (Decreto 99.438 e Resolução 33, e Resolução 333 - regulamentação). Assegurado paridade entre o segmento de usuários com o demais.

**Art. 2º e 3º-** Os recursos do FNS: custeio e capital do MS; investimentos iniciativa do Legislativo; Plano Quinquenal do MS; ações e serviços de saúde (municípios, estados e DF): repasses regulares e automáticos (art. 35 da 8.080); até a regulamentação de tal art. os repasses serão 100% demográfico. Dos recursos transferidos, mínimo 70% para municípios.

**Art. 4º-** Condições para repasses de recursos: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos; PCCS

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO 7.508/11

**NOB 91** - aspectos de natureza operacional; controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos. Recebeu muitas críticas: mecanismo convenial de repasse; centralizadora; editada pelo Inamps;

**NOB 93** - Referencial de implementação do SUS no País; extinção do INAMPS; Descentralização com ênfase na municipalização; Condições de Gestão (incipiente, parcial e semi-plena para municípios e parcial e semi-plena para estados); Comissões Intergestoras; Repasse fundo-a-fundo; o controle social sobre o processo.

**NOB 96** - Modifica condições de Gestão: GPAB e GPSM, GASE e GPSE; ações assistenciais básicas; ações programáticas; vigilância epidemiológica e sanitária; incentivos para o PACS e PSF ou Projetos Similares; institui o PAB (fixo e variável); Consolida a municipalização; define limites financeiros para MC e AC; propõe a PPI, CNS, ressarcimento planos de saúde; Problemas: acesso a MC e AC e atomização municipal.

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO 7.508/11

**NOAS 01/01 E 01/02-** Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

**ESTRATÉGIAS ARTICULADAS:** regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade gestora e revisão de critérios de habilitação.

**REGIONALIZAÇÃO:** Elaboração do Plano Diretor de Regionalização (região de saúde, microrregião de saúde, módulo assistencial e município satélite); Ampliação da Atenção Básica; Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde; Organização da Média Complexidade; Política para a Alta Complexidade.

**FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS:** Programação Pactuada e Integrada; Garantia de Acesso da População Referenciada; Regulação, Controle e Avaliação; Cadastro Nacional de Saúde; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**REVISÃO CRITÉRIOS HABILITAÇÃO:** introduz responsabilidades sobre a regionalização; Municípios: GPABA e GPSM e Estados: GASE e GPSE.



## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO

### PACTO PELA VIDA: 7.508/11

**PACTO PELA VIDA:** 1. Saúde do Idoso; 2. Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama; 3. Redução da Mortalidade Infantil e Materna; 4. Fortalecimento da Capacidade de resposta às Doenças Emergentes e Endemias; 5. Promoção da Saúde; 6. Fortalecimento da Atenção Básica.

NOVOS (Pós Port. 399/06): Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Sistema de Saúde às Pessoas com Deficiência; Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência Saúde do Homem

**PACTO EM DEFESA DO SUS:** 1. Repolitização da saúde: política de Estado; 2. Promoção da Cidadania: mobilização social – carta dos usuários do SUS; 3. Garantia de financiamento

**PACTO DE GESTÃO:** Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO

### PACTO DE GESTÃO: 7.508/11

- 1. Descentralização: fortalecimento das CIBs;
- 2. Regionalização: PDR; PDI e PPI; conceito de região de saúde; regiões intramunicipais, intraestaduais, interestaduais, fronteiriças. Cria o CGR.
- 3. Financiamento: tripartite, 05 Blocos de financiamento – AB (PAB Fixo e Variável), MAC (Mac e FAEC), AF (Básico, estratégico e Excepcional – especializado), VS (VEeA e VS), Gestão (Investimento - posteriormente)
- 4. Planejamento: institucionalização do planejamento (PlanejaSUS)
- 5. Programação Pactuada Integrada: centralidade na AB, PPI da atenção.
- 6. Regulação: conceitos, redefinição do processo
- 7. Participação e Controle Social: fortalecimento como parte da Gestão.
- 8. Gestão do Trabalho: novo processo (mesas de negociação, desprecarização do trabalho)
- 9. Educação em Saúde – Educação permanente em saúde

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO 7.508/11

### DECRETO 7.508/11

**Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

**COAP:** acordo de colaboração firmado entre entes federativos. Organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. Responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização; definido para cada região de saúde, que será referência para o financiamento.

**Portas de Entrada:** serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

**Comissões Intergestores:** instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO

### 7.508/11

**Mapa da Saúde:** descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

**Rede de Atenção à Saúde:** conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

**Serviços Especiais de Acesso Aberto:** serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial;

**Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica:** documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

## 9. NORMAS OPERACIONAIS, PACTO E DECRETO

### 7.508/11

- Estados como responsáveis por definir as Regiões em conjunto com os municípios;
- Regiões deverão ter no mínimo: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde.
- O acesso se dá pelas portas de entrada e se completa nas Redes;
- Portas de entrada: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto.
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar serão referências para as portas de entrada.
- População indígena terá regimento diferenciado (responsabilidade MS).
- O planejamento deverá considerar os serviços privados e ser orientado pelo Mapa da Saúde. Também ser regionalizado nos estados.
- Cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)
- Regulamenta a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- Estabelece a participação da comunidade, o processo de auditoria e prestação de contas
- Institui as Comissões Intergestores Regionais – substitui os CGR

## 10. A GESTÃO DO SUS

**GERÊNCIA:** como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.); que se caracterizam como prestadores do Sistema.

**GESTÃO:** como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria;

**MUNICIPALIZAÇÃO:** estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (Artigo 7º, IX, a), compreende sob dois aspectos: a HABILITAÇÃO dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a DESCENTRALIZAÇÃO da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

**FUNDO DE SAÚDE:** instrumento de gestão administrativa, contábil e financeira dos recursos do SUS. Deve ser constituído em cada esfera, sendo o gestor seu dirigente. Assegura transparência. Deve estar sobre a fiscalização dos Conselhos de Saúde. Asseguram transferências regulares e automáticas (está definido nas LOS, na EC 29 e na LC 141/12)

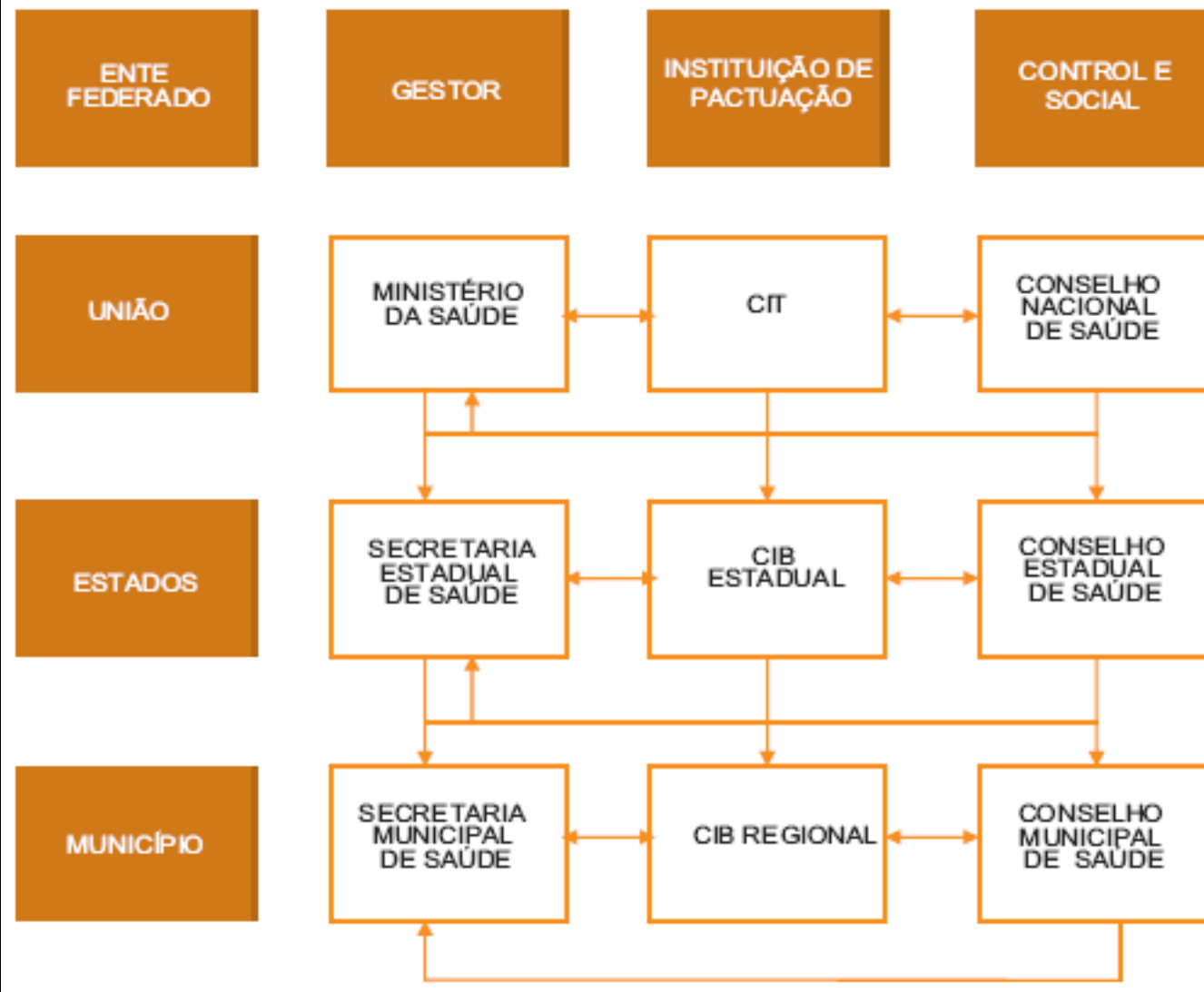
**NÍVEIS DE ATENÇÃO:** Atenção Primárias, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

**NÍVEIS DE COMPLEXIDADE:** Baixa Complexidade, Média Complexidade e Alta Complexidade.

**MUDANÇA DE PARADIGMA:** Redes hierarquizadas (Piramidal) X Redes poliárquicas

# 10. A GESTÃO DO SUS

GRÁFICO 22: O MODELO INSTITUCIONAL DO SUS



# 11. PLANEJAMENTO

O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos:

- o Plano de Saúde;
- a Programação Anual de Saúde; e
- o Relatório Anual de Gestão.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como **Plano de Saúde** o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.

A **Programação Anual de Saúde** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

O **Relatório Anual de Gestão** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.



# 11. PLANEJAMENTO

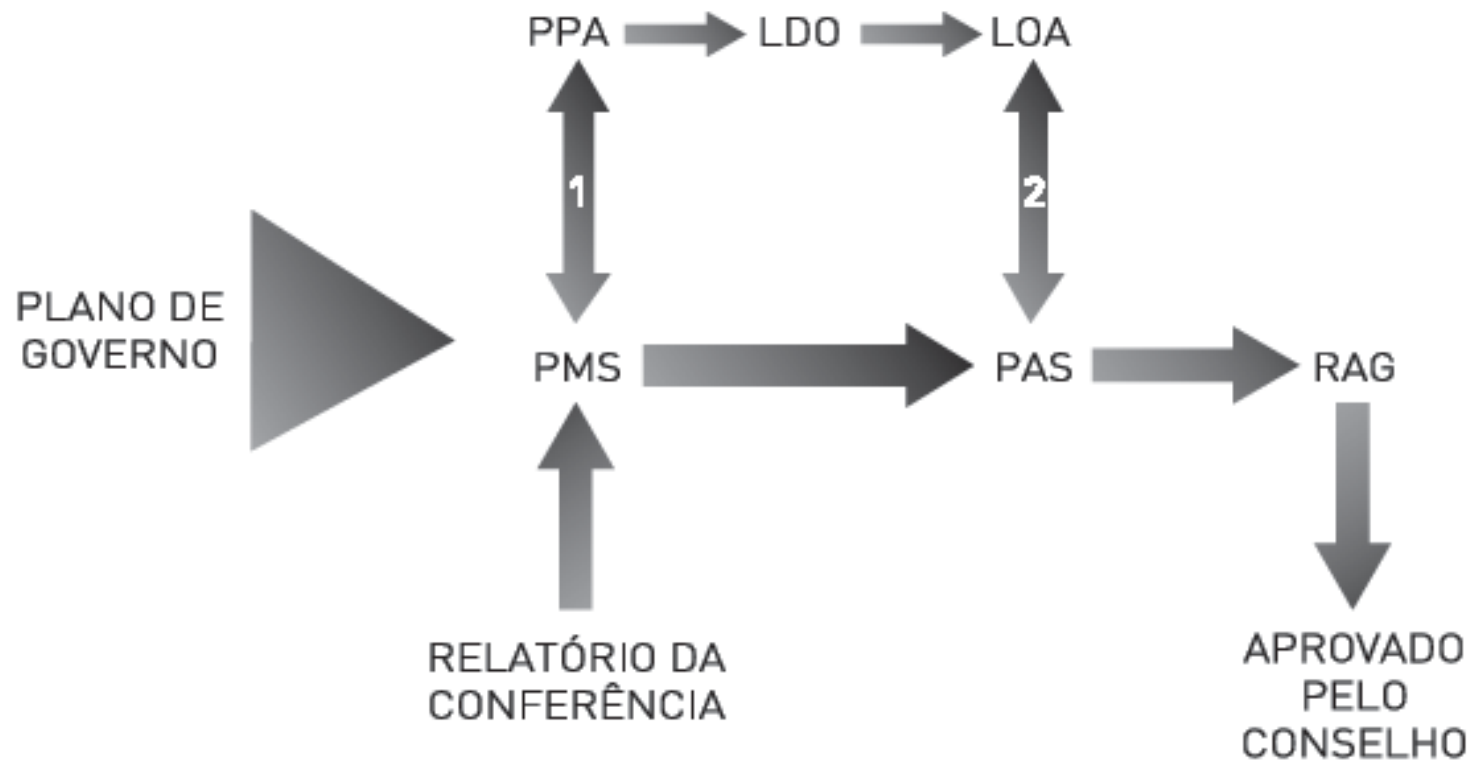


FIGURA 1: Fluxograma demonstrativo da integração entre instrumentos de gestão, legislação vigente e as respectivas instâncias colegiadas - Conferência e Conselho.

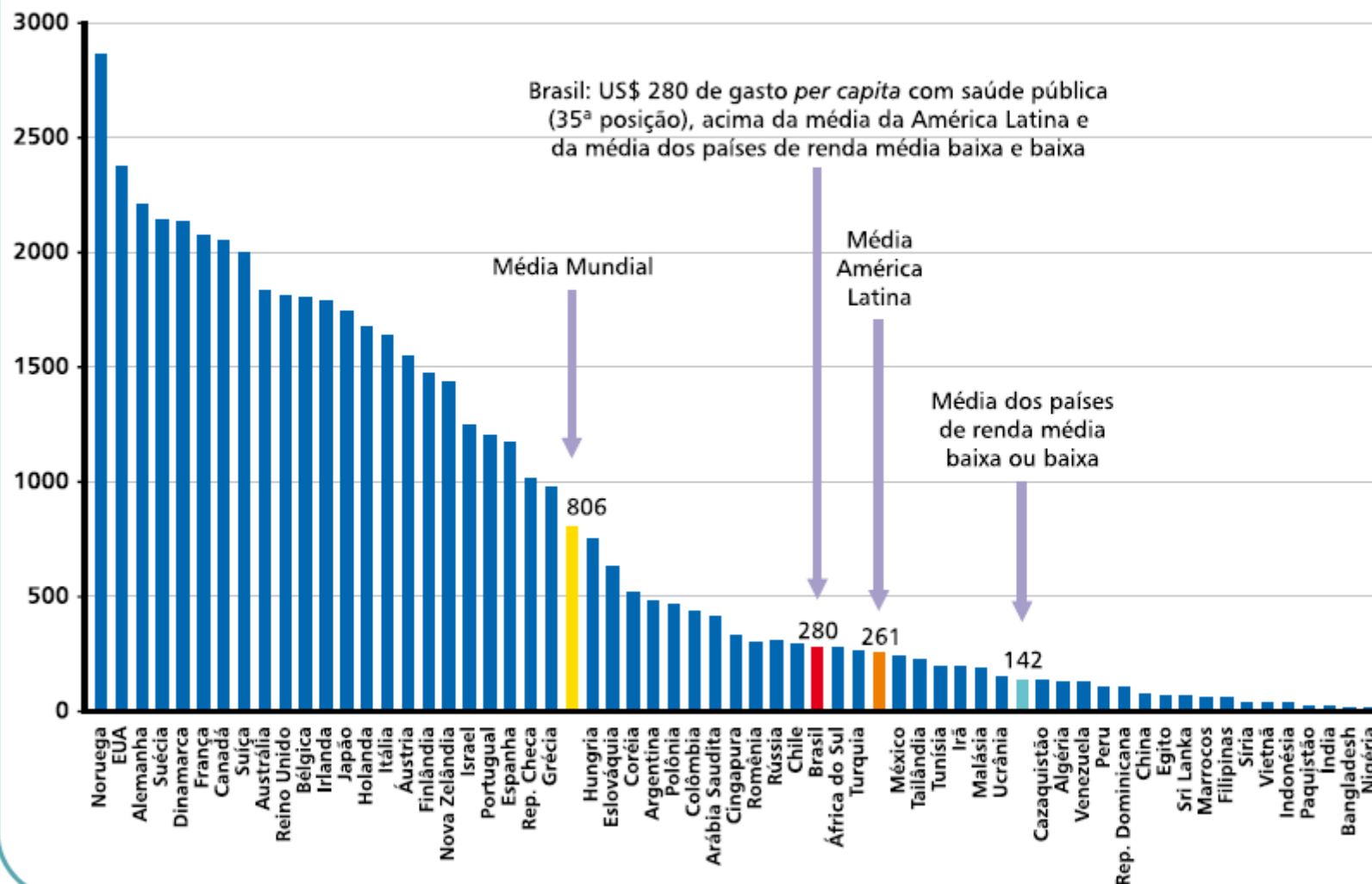
## 12. FINANCIAMENTO

### *EC 29/00 - Recursos mínimos a aplicar:*

*Parágrafo 2º - a União, os estados e os municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de:*

- *União: montante do recurso orçamentário empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB;*
- *Estados: 12% do produto da arrecadação de impostos (TCMD, ICMS, IPVA, IRRF) e transferências recebidas, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;*
- *Municípios: 15% do produto da arrecadação de impostos (IPTU, ITBI, ISS, IRRF) e transferências recebidas da União (quotas parte: FPM, ITR, ICMS-Exportação) e do estado (quotas parte: ICMS, IPVA, IPI-exportação) e receitas de cobrança da dívida ativa.*
- *Regulamentada pela LC 141/2012*

## Gasto governamental *per capita* com saúde: 60 maiores países do mundo (US\$ PPP)



Fonte: Organização Mundial de Saúde - World Health Report 2005 e Banco mundial - World Development Indicators. Elaboração: ASPEC/FIRJAN

## 12. FINANCIAMENTO

**Portaria 204/2007 – Regulamenta o Financiamento Federal:** gastos exclusivamente dentro de cada bloco; recursos relativos a unidades públicas própria não submetem-se a tal regra; recursos não poderão ser utilizados em: servidores inativos; gratificação comissionada, exceto as diretamente ligadas ao serviço, dentro do Bloco; assessoria ou consultoria para servidor do quadro estadual ou municipal; obras novas (exceto reforma e adequação de imóveis já existentes, para realização do serviço). Assistência Farmacêutica poderá remanejar para outros blocos, caso tenha cumprido sua missão.

**Bloco da AB:** mantém seus componentes (PAB Fixo e Variável)

**Bloco de Média e Alta Complexidade:** componente MAC e FAEC (mantidos)

**Bloco de Vigilância em Saúde:** componentes de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (modificado para vigilância e promoção da saúde) e Vigilância Sanitária.

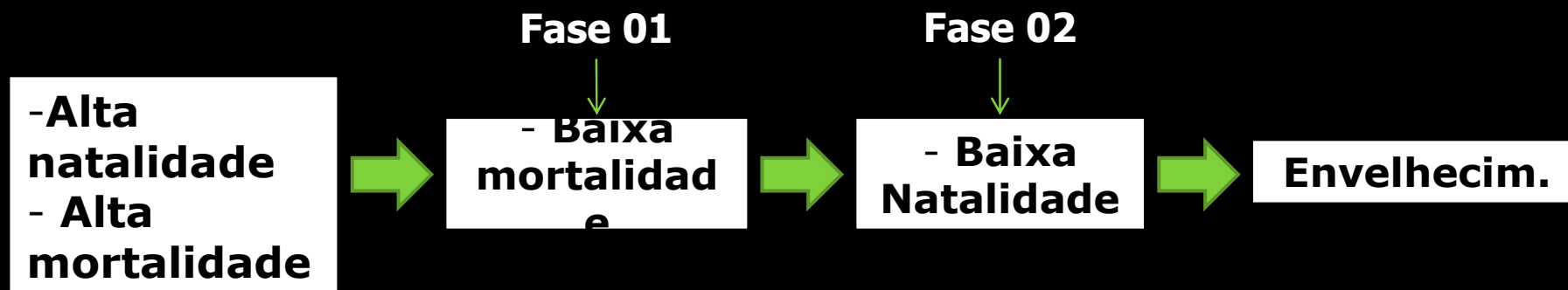
**Assistência Farmacêutica:** Básico, Estratégico, Excepcional (alterado para especializado)

**Bloco de Gestão:** custeios destinados a todas as linhas do Pacto de Gestão.

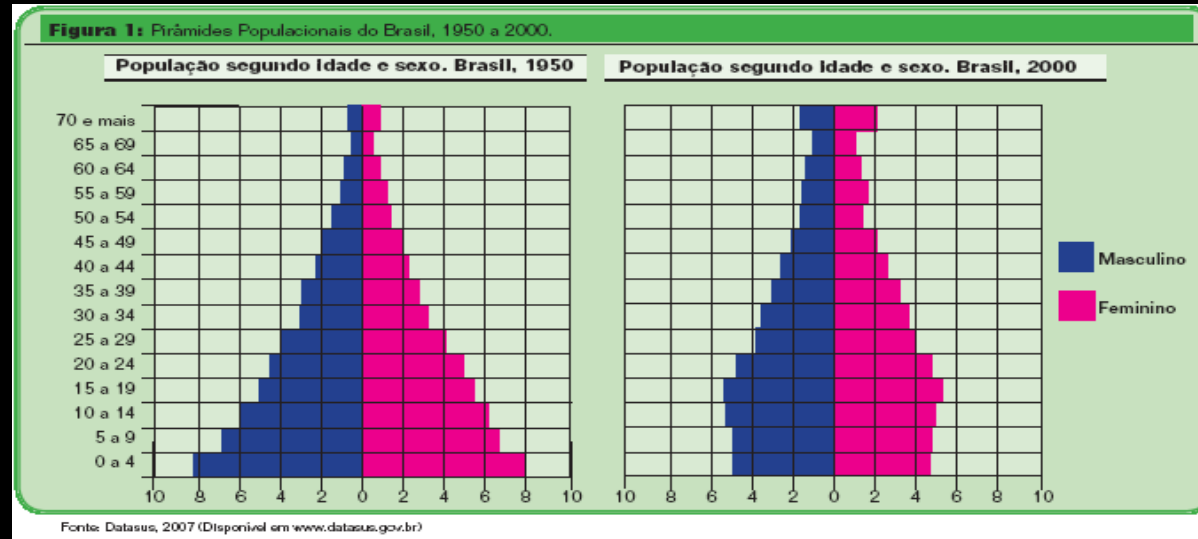
**Bloco de Investimento:** criado posteriormente à Port. 204.

### 13. POPULAÇÃO E SAÚDE

- A estrutura por idade e sexo de uma população, em um dado momento, é o resultado da sua dinâmica durante um longo período, isto é, do comportamento dos nascimentos, das mortes e das migrações nos últimos 100 anos.
- Evolução da população: fecundidade e mortalidade como determinantes do crescimento ou não.
- Brasil (últimas 5 décadas): transição decorrente da mortalidade e fecundidade em ritmos nunca vistos anteriormente.



# 13. POPULAÇÃO E SAÚDE



- Uma pirâmide: forma piramidal, base larga, paredes inclinadas e ápice pontiagudo.
- Outra pirâmide: caminha a passos largos para o formato de “barril” ou “bala de canhão”

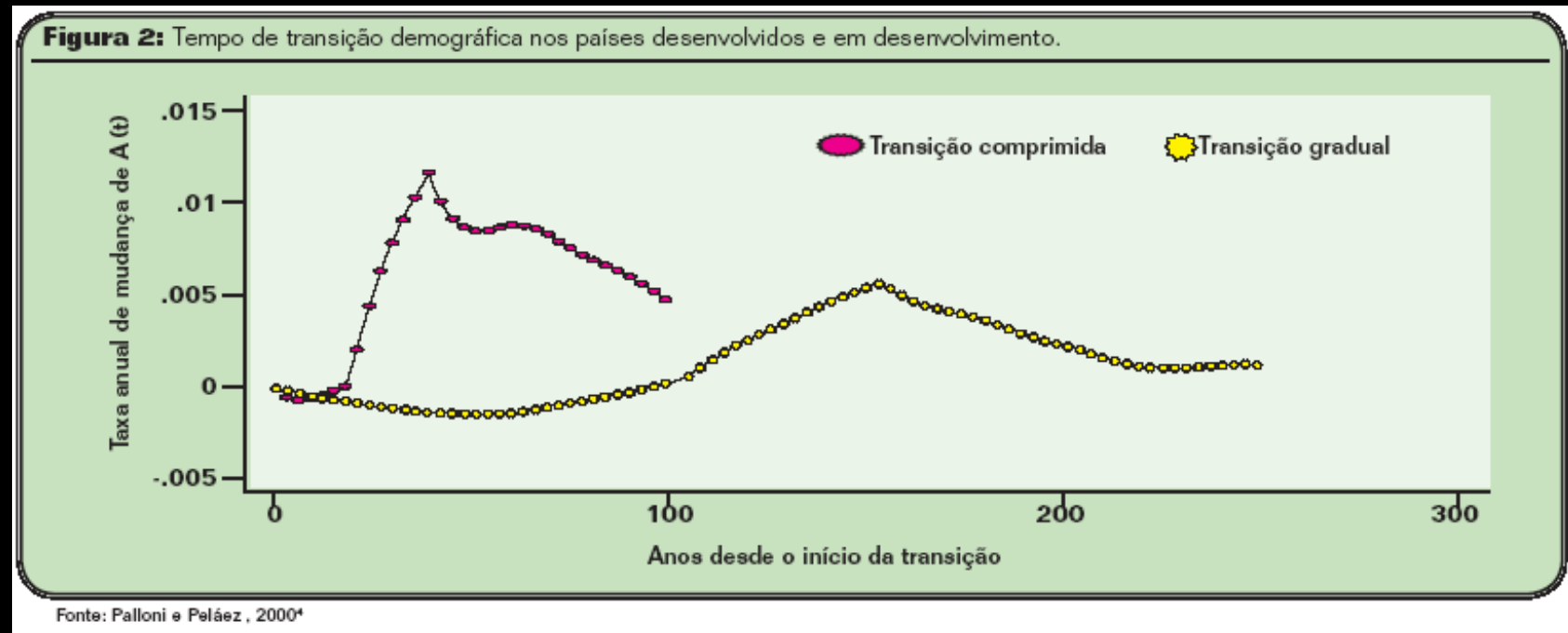
**Transição demográfica:**

**- Alta natalidade e mortalidade**



**- Baixa natalidade e mortalidade**

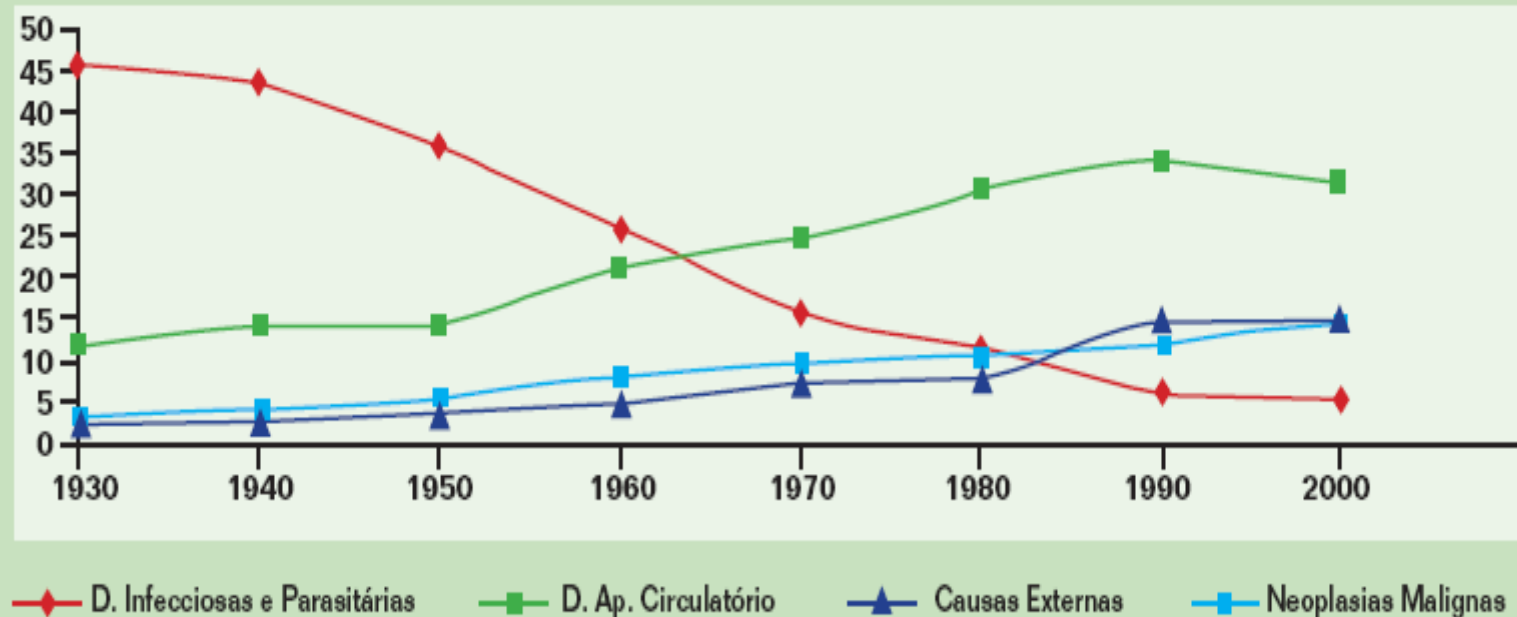
# A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO MUNDO



- O envelhecimento diretamente relacionado às questões médicas e de saúde pública (a partir de 1930) do que as melhorias nos padrões de vida.
- A prematuridade do envelhecimento conflita, hoje, com a falta de preparo e incapacidade institucional para propiciar atenção e desenvolvimento social suficiente.

# TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

**Figura 3:** Evolução das Causas de Mortalidade (%). Brasil, 1930 – 2000



Fonte: Radis/[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)



## 14. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

### Orientação Geral da PNH:

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva (atenção e gestão);
- Equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

# 14. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

## PRINCÍPIOS DA PNH:

- Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; Protagonismo, coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

## DIRETRIZES DA PNH:

- Clínica Ampliada; Cogestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupalidades, coletivos e redes; Construção da memória do SUS que dá certo.

## DISPOSITIVOS DA PNH:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Co-Geridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo

## 14. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

### RESULTADOS ESPERADOS:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários (rede socio-familiar);
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários (educação permanente em saúde, adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores, maior integração - rodas e encontros);
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (metodologias participativas). Processo emancipatório (aprender- fazendo e fazer -aprendendo)

## 15. POLÍTICA NACIONAL DE AB

**CONCEITO AB** - caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades

**AB DESENVOLVE-SE** - Por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

**CARACTERÍSTICAS:** alto grau de descentralização e capilaridade; proximidade da vida das pessoas; contato preferencial dos usuários; principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

## 15. POLÍTICA NACIONAL DE AB

**FUNAMENTOS:** Ter território adstrito; Possibilitar o acesso universal e contínuo (acolhimento); Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo - longitudinalidade do cuidado; Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade; Coordenar a integralidade em seus vários aspectos.

**FUNÇÕES NA RAS:** ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; ordenar as redes.



# ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

## Disciplina: Gestão e Planejamento

# MODELOS DE GESTÃO

Prof. Dante Garcia de Paula

# Sistema Único de Saúde





# Modelo de Gestão

- Administração pública direta:
- Administração pública indireta:
  - Autarquias
  - Fundações Públicas (autárquicas)
  - Consórcios Públicos
  - Sociedades de Economia Mista
  - Agencias Executivas
  - Agências Reguladoras
  - Empresas Públicas
  - Contrato De Gestão



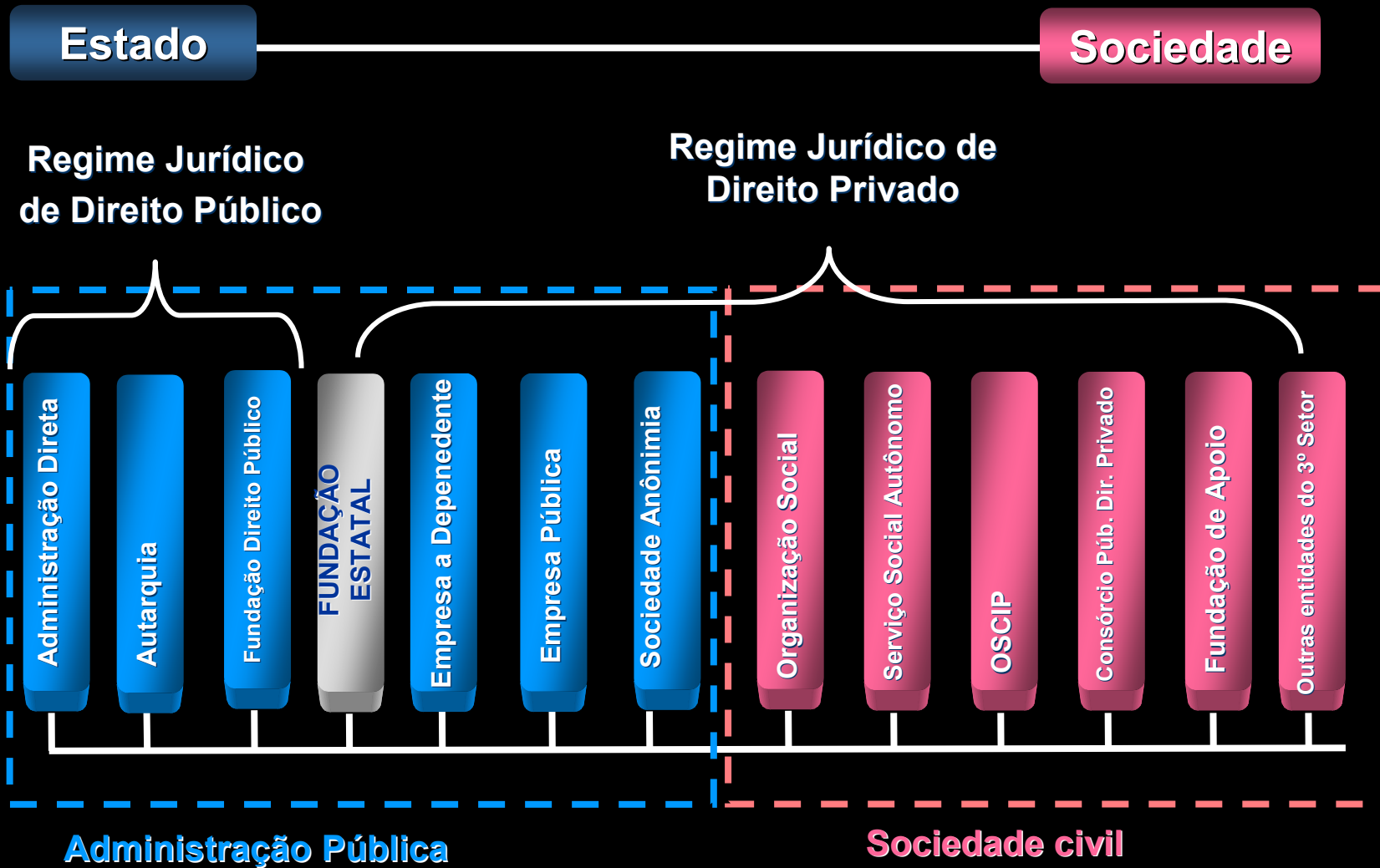
# Modelo de Gestão

- **Fundações Privadas**
- **Publicização e parcerias:**
  - Organizações Sociais
  - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP
- **Serviços privados:**
  - Convênios filantrópicos
  - Contratos Privados

# Reforma Gerencial – setores do aparelho de Estado

Área de atuação	Propriedade	Administração	Instituições
<b>Núcleo estratégico</b>	estatal	entre a burocrática e a gerencial	secretarias formuladoras de políticas públicas
<b>Unidades descentralizadas</b>	estatal	gerencial	agências executivas e agências reguladoras
<b>Serviços não-exclusivos</b>	pública não-estatal	gerencial <b>publicização</b>	organizações sociais →
<b>Produção para o mercado</b>	privada →	gerencial <b>privatização</b>	empresas privadas →

# FUNDAÇÃO ESTATAL



# **TERCEIRO SETOR SOB REGULAÇÃO ESTATAL**



# Organizações Sociais

- Lei n. 9.637/98 (Reforma Bresser)
- Entidades privadas, qualificadas livremente pelo ministro ou titular do órgão regulador ou supervisor.
- Diversas áreas de atuação:
- Relacionam-se com o Poder Público mediante contrato de gestão, conforme definido na lei que a instituiu.

# Organizações Sociais

- Entidades privadas, sem fins lucrativos, que atendam aos requisitos da lei poderão ser qualificadas como O.S. e receber bens e servidores públicos e realizar atividades públicas.
- Essa qualificação é livre. Não depende de nenhum processo público de seleção entre elas e nem é ato vinculado.
- A Lei federal (aplicabilidade restrita) tem sido utilizada como modelo para leis estaduais e municipais

# OS – Algumas questões...

- Resultados muito diversos
- Inúmeros problemas administrativos
- Custo
- Não se submetem a regulação do gestor do SUS
- Difícil inserção na rede de cuidados
- Seleção de demanda
- Apropriação da lógica privada
- baixa capacidade de controle público



## ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO- OSCIP

- lei n. 9.790/99
- entidades privadas sem fins lucrativos
- atendendo aos requisitos da lei podem ser qualificadas e habilitadas a firmar termo de parceria com o poder público
- não podem ser sociedades comerciais, organizações sociais, entidades religiosas, cooperativas etc.
- nem ser declaradas como de utilidade pública nem beneficentes (filantrópicas).



## ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO- OSCIP

- Parceria restrita ao desenvolvimento de programas e projetos (termo de parceria).
- Não pode ***substituir*** o Poder Público na realização de atividades ou serviços públicos.
- Atua em cooperação com o Poder Público.
- Não pode executar serviços de assistência hospitalar
- Apenas parceiras em projeto ou programa no âmbito da assistência hospitalar.

# Administração Direta

# Administração Direta

- Gestão centralizada - Ação direta do Estado
- As atividades indelegáveis:
  - vigilância sanitária e epidemiológica
  - planejamento da saúde e definição de políticas
  - controle e avaliação
  - poder de polícia sanitária
  - gerência do fundo de saúde

**Atividades que devem ser desenvolvidas *diretamente* pela administração pública, não podendo ser delegada a outras entidades da administração indireta.**



# Administração Direta

- Autonomia p/ Fundo de Saúde não tem sido suficiente
- Amarrada pelos princípios do Art 37 da CF
- Incapaz de suprir as necessidades da gestão hospitalar
- inflexibilidade da política salarial
- amarras gerenciais
- Inadequado à complexidade tecnológica do setor

**Pouco apropriada para a execução de serviços públicos de natureza assistencial (hospitalar e especializada)**

# Administração Indireta

# Administração Indireta

## Empresas públicas

- Mais voltadas para a exploração de atividades econômicas
- Podem ser prestadoras de serviços públicos exclusivos do Estado
- serviços remunerados diretamente pelo usuário (tarifas), nos termos do art. 175 da CF

**Inadequada para a execução de serviços públicos gratuitos**



# Administração Indireta

## Autarquias

- Pessoas jurídicas de direito público executoras de atividades públicas, com capacidade exclusivamente administrativa e titularidade para realizar atividades públicas.
- Integram a administração indireta e têm orçamento público próprio.
- Integra a administração pública, estando, portanto sujeita aos princípios e regras do serviço público (concurso público, estabilidade, regime jurídico único, PCCS, lei de licitações, etc.).

# Administração Indireta

## Autarquias

### ■ Características principais:

- autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos limites da lei que a criou;
- patrimônio próprio;
- receitas e recursos próprios;
- Mesmos privilégios e vantagens tributárias da AD (inclusive imunidade tributaria);
- bens indisponíveis;
- sujeitas aos ditames da Lei de Resp. Fiscal;
- sujeitas ao teto salarial;
- sujeitas à contabilidade da Lei 4.320/64.



# Administração Indireta

## Fundações

- patrimônio ao qual se atribui uma personalidade jurídica com uma determinada finalidade social
- introduzida na Administração Pública pelo Decreto-Lei 200/67
- Muitas discussões sobre a sua personalidade jurídica, se de direito público ou privado (quando instituída pelo poder público)

# Administração Indireta

## Fundações

- Constituição de 88:
  - “fundação pública”
  - “fundação instituída pelo poder público”
  - “fundação mantida”
  - “fundação controlada”

**FUNDAÇÃO AUTÁRQUICA =  
AUTARQUIA**

Fundação Pública ou  
Governamental  
de Direito Privado

Fundação Estatal



# Administração Indireta

## Fundação Estatal

- **EC 19/98:** (depende da lei instituidora)
  - fundações autárquicas
  - direito pública de direito privado (**fundações estatais**)
- Gozam de maior autonomia que as entidades de direito público
- Aplicam-se os regramentos das empresas públicas e sociedades de economia mista
- Mais flexíveis que os aplicados às pessoas jurídicas de direito público, como as autarquias
- Por sua que estrutura de direito privado.

# Fundação Estatal

- Emenda Constitucional 19/98
- Párrafo 8 – artigo 37
- Contrato de autonomia (que vai além do contrato de gestão, que fixa metas e resultados)

# Por que mudar a natureza jurídica e de gestão?

- reafirmação de uma instituição de saúde de qualidade, produtora de benefícios sociais, sem o risco de que apresente caráter meramente lucrativo;
- efetiva integração ao SUS local e regional;
- democratização e maior controle de sua gestão;

# Por que mudar a natureza jurídica e de gestão?

- implementar mecanismos de gestão inexistentes na administração direta que estimulem a produção de serviços e ações de saúde, sem perda da qualidade e do controle dos serviços prestados;

# Por que mudar a natureza jurídica e de gestão?

- Equilíbrio econômico-financeiro
- Utilização dos recursos para:
  - a modernização tecnológica
  - investimentos necessários
  - formulação de uma política salarial diferenciada;



# Por que mudar a natureza jurídica e de gestão?

- diminuição da rigidez e do controle centralizado nos processos licitatórios e de abastecimento, que permitirão maior agilidade e a regularização no seu funcionamento.
- equacionamento definitivo da crise do setor, viabilizando as instituições hospitalares e de serviços especializados.

**Uma coisa é certa:**  
**independente** de qual venha a  
ser o caminho a ser escolhido, o  
resultado final será proporcional  
**a vontade política, ao**  
**compromisso, competência e**  
**a determinação** dos dirigentes  
públicos

...e cada localidade deve  
construir suas **próprias**  
**alternativas**, a partir de sua  
realidade, história,  
compromissos e da possibilidade  
concreta de transformar as  
estruturas e melhorar a sua  
capacidade de resolver  
problemas.

***Sistema Único de Saúde***

***Sistema de  
Planejamento do SUS  
(PlanejaSUS)***

***“Uma construção coletiva”***



# Planejamento no arcabouço legal do SUS

- Leis Orgânicas da Saúde
- Portaria N°. 399, de 22/02/2006 (divulga o Pacto pela Saúde)
- Portaria N°. 699, de 30/03/2006 (regulamenta os Pactos pela Vida e de Gestão)
- Portarias N°. 3.085/2006, N°. 3.332/2006, N°. 376/2007, N°. 1.229/2007(revogada), N°. 1.885/2008 e N° 3.176/2008 (PlanejaSUS).

# Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)

## Definição

Atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS.



# Objetivo

Coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de direção, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, por conseguinte, para a resolubilidade e qualidade da gestão e das ações/serviços prestados à população.

# Características e pressupostos

- Objetivos e responsabilidades claramente definidos para conferir direcionalidade ao processo.
- Nenhuma forma de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas de gestão.
- Organização e operacionalização baseadas em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todos os níveis de direção do SUS.
- Processos resultantes de pactos objetivamente definidos, com observância dos papéis de cada esfera.
- Como parte do ciclo de gestão, deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS.






# Instrumentos básicos

(Portarias N°. 3.085/2006 e N°. 3.332/2006)

- Plano de Saúde (PS)
- Programação Anual de Saúde (PAS)
- Relatório Anual de Gestão (RAG)

*Em cada esfera de governo, PPA LDO e LOA devem ser compatíveis com esses instrumentos.*

# Avanços

- Divulgação das bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS e dos seus instrumentos básicos (cadernos, sítio).
- Regulamentação do PlanejaSUS.
- Desenvolvimento de pesquisa sobre o perfil do planejamento no SUS. 
- Transferência fundo a fundo de incentivo financeiro. 
- Implementação de programa de capacitação. 
- Construção de “cultura de planejamento”.



# Desafios

- Operacionalização do PlanejaSUS em todo o País.
- Mobilização dos gestores para a adoção do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS.
- Elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS.
- Capacitação contínua dos profissionais que atuam na área.
- Difusão e consolidação de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo.
- Mobilização da academia na legitimação e qualificação do PlanejaSUS.



## Instrumentos Básicos de Planejamento em Saúde

- » **Plano de Saúde (4 anos)**
- » **Programação Anual de Saúde (anual)**
- » **Relatório Anual de Gestão (anual)**

(Portarias MS n. 3.085/06 e n. 3.332/06)



## Plano de Saúde

- » É o instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de *quatro* anos;
- » Expressa as políticas e os compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão;
- » É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde;
- » Norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão;
- » Expresso em *objetivos, diretrizes e metas*;

(extraído do Caderno 2 da Série Cadernos de Planejamento)

## Slide 10

---

- MMoreira7** - Por que 4 anos?
- Compatível com o período de governo
  - Continuidade de políticas públicas
  - Não pode existir sem a respectiva programação orçamentária (PPA);
- NÃO inclui recursos financeiros (PPA, LOA, instrumentos específicos), nem ações (Programação Anual de Saúde)

Marcos Moreira; 22/06/2009



## Plano de Saúde

Os **objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer para superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

As **diretrizes** indicam as linhas de ação a serem seguidas.

As **metas** são as expressões quantitativas de um objetivo.

## Slide 11

---

### **MMoreira8**

Exemplos:

Objetivo: Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde de que necessita e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.

Diretriz: Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde.

Meta: Aumentar em 30% o número de ESF, em 4 anos.

Construir X Unid. Básicas de Saúde, em 4 anos.

Marcos Moreira; 22/06/2009

## Plano de Saúde

- » Instrumento construído de forma *participativa*;
- » Deve ter como subsídio as proposições das Conferências de Saúde, o Pacto Pela Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, relatórios de gestão anteriores, entre outros;
- » Não inclui recursos financeiros;
- » Deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde.



## **Plano de Saúde**

**A elaboração do PS compreende 2 momentos:**

1. Análise situacional
2. Formulação de objetivos, diretrizes e metas

**Eixos orientadores:**

- » Condições de saúde da população
- » Determinantes e condicionantes de saúde (intersectorialidade)
- » Gestão em saúde

## Slide 13

---

### **MMoreira9** Análise situacional:

1. Identificação de problemas
2. Identificação de fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória
3. Estabelecimento de linhas a serem seguidas para solucionar os problemas
4. Definir os procedimentos de monitoramento e avaliação

Marcos Moreira; 22/06/2009

### **MMoreira10** Determinantes e condicionantes: saneamento básico, educação, segurança pública Gestão em Saúde: Controle social, gestão participativa, planejamento, recursos humanos

Marcos Moreira; 27/03/2009

## Programação Anual de Saúde (PAS)

» É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde

» Vigência anual

» Deve conter:

➤ as *ações* que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS;

➤ as *metas anuais* pretendidas; e

➤ os *recursos orçamentários* necessários.

As *ações* são as iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que contribuirão para o alcance dos objetivos e das metas do PS.



## Relatório Anual de Gestão (RAG)

- » Instrumento que apresenta os resultados alcançados a partir da execução da Programação Anual de Saúde – Avaliação do processo
- » Fornece subsídios para a tomada de decisão, contribui para a visibilidade da gestão e favorece o controle social
- » Demonstra o que se alcançou em relação ao que está explicitado no PS
- » Indica eventuais ajustes no PS e orienta a formulação da PAS subsequente

## Relatório Anual de Gestão (RAG)

» Deve permitir a verificação da aplicação dos recursos financeiros, subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo

» Deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde

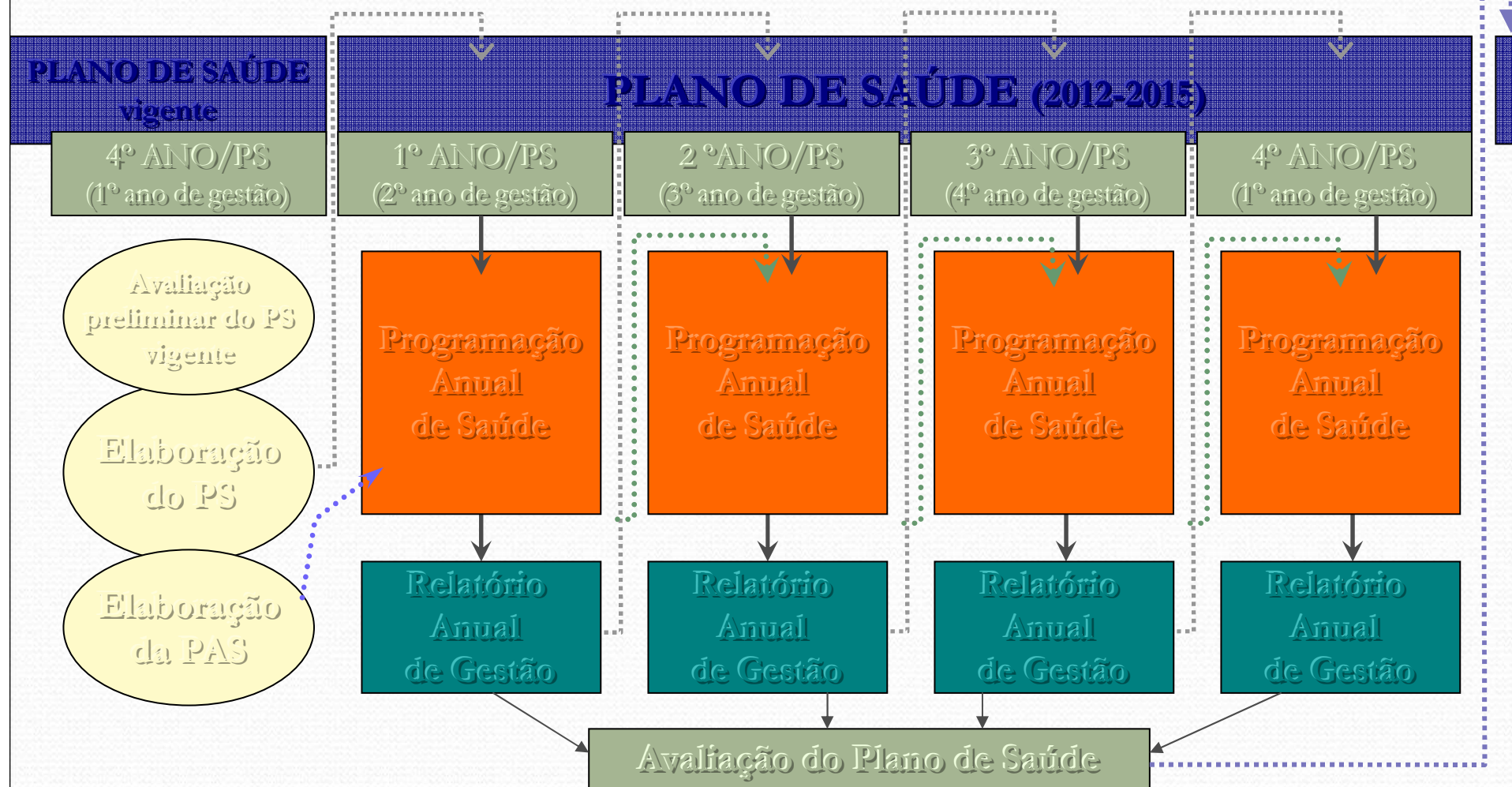
» Deve conter:

- as *ações anuais* definidas na PAS, bem como eventuais ações complementares;
- as *metas anuais* previstas e alcançadas; e
- os *recursos orçamentários* previstos e executados.

Obs: ao final dos 4 anos de vigência do PS, os RAGs devem ser usados para a avaliação final do Plano, além de auxiliarem na elaboração do PS seguinte.



## Interdependência dos instrumentos de Planejamento em Saúde



## Em síntese

- » PS, PAS e RAG são instrumentos interdependentes e articulados;
- » Em cada esfera de governo, PPA, LDO e LOA devem ser compatíveis com esses instrumentos;
- » PAS e RAG precisam ser instrumentos objetivos, práticos, elaborados de modo a facilitar o rápido e adequado entendimento;
- » A estrutura da PAS e do RAG não comporta análise situacional (decorrem do PS);
- » Ambos têm estruturas semelhantes: o primeiro, com caráter propositivo e, o outro, analítico/indicativo;
- » A PAS congrega, de forma sistematizada e agregada, as demais programações existentes em cada esfera de gestão (§2º do Art. 3º da Portaria N° 3.332/2006).

Obs.: Orientações para a estruturação e elaboração dos instrumentos estão contidas nos Cadernos 2 e 6 da *Série Cadernos de Planejamento*.

# INTER-RELACIONAMENTO DOS INSTRUMENTOS

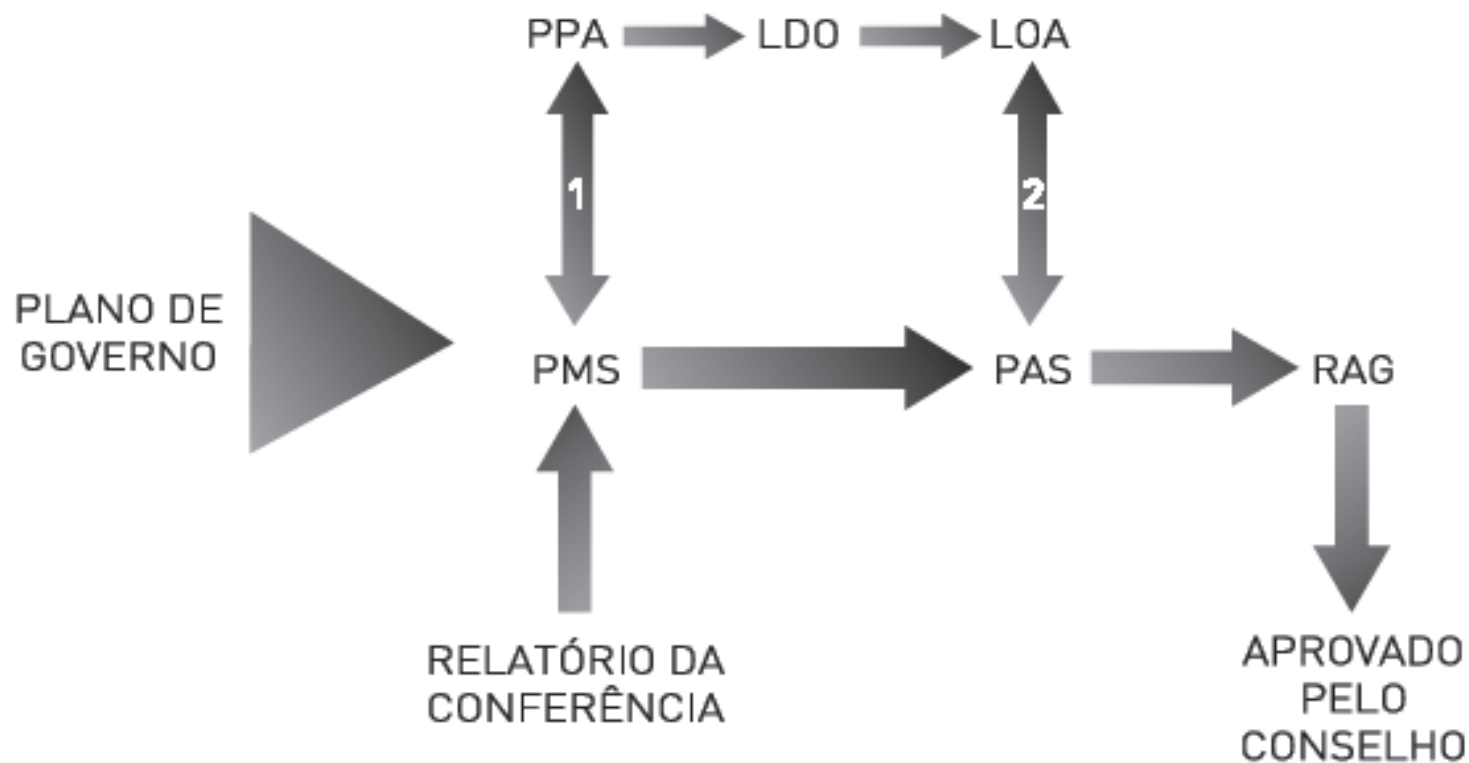
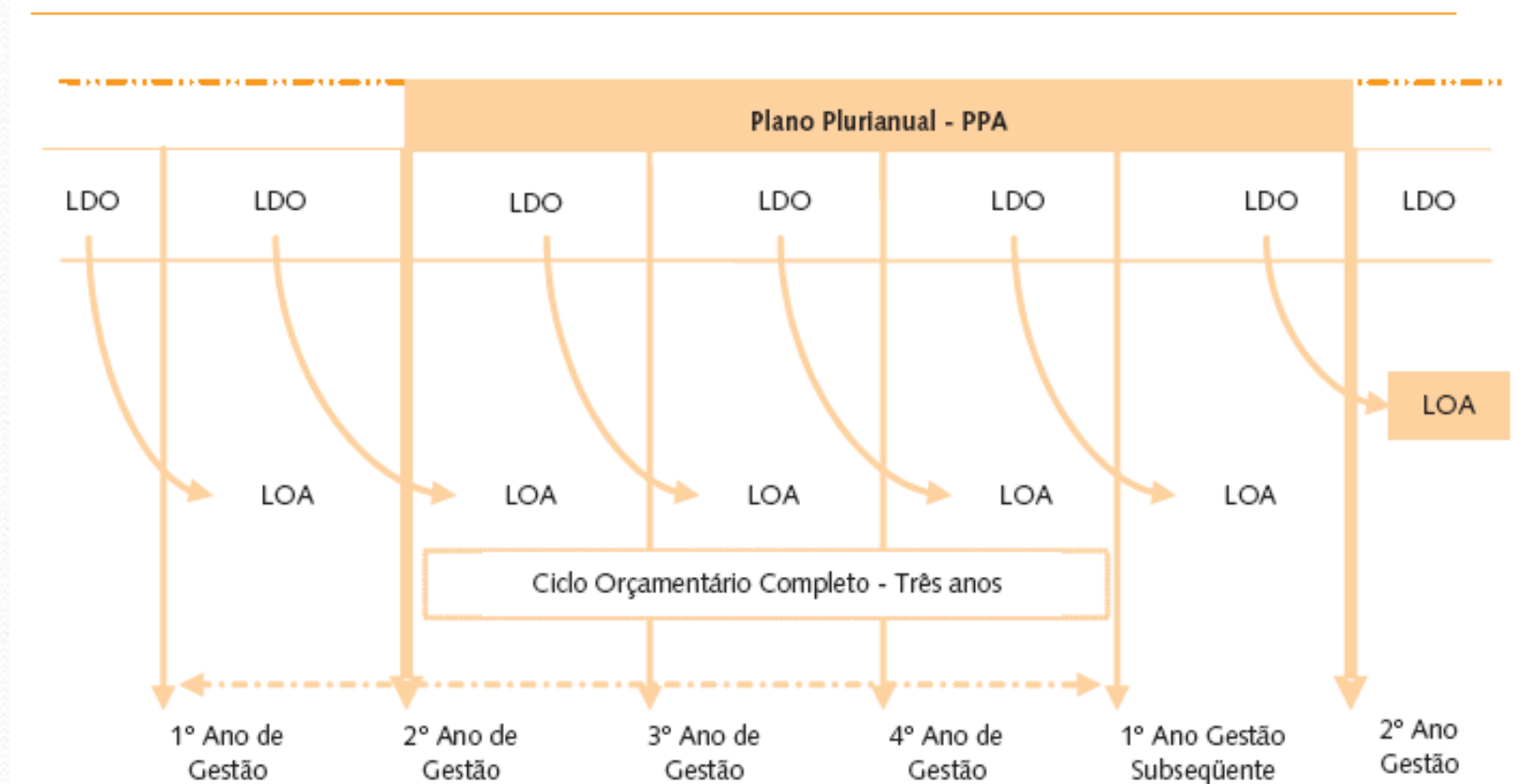


FIGURA 1: Fluxograma demonstrativo da integração entre instrumentos de gestão, legislação vigente e as respectivas instâncias colegiadas - Conferência e Conselho.



# CICLO ORÇAMENTÁRIO

## ORÇAMENTÁRIO COMPLETO DE TRÊS ANOS



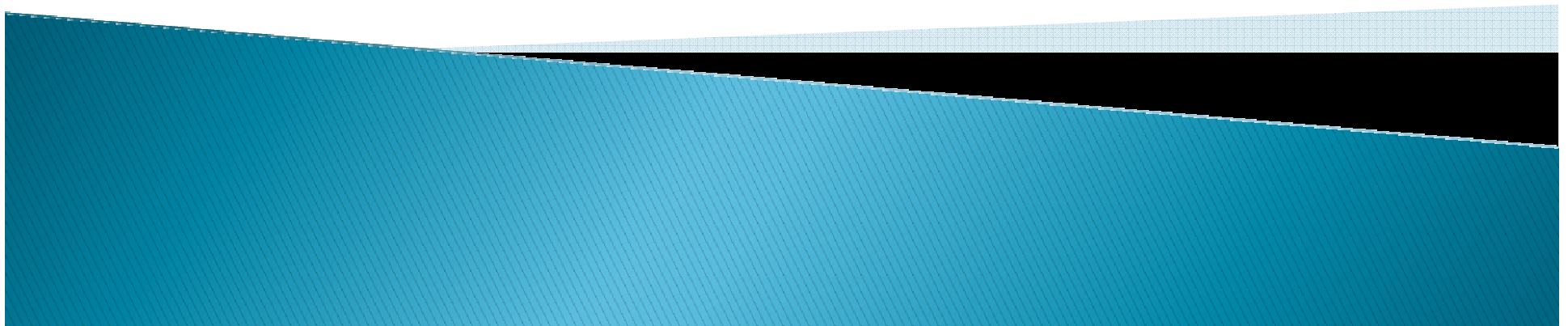
Fontes: PROGESTORES, 2011



# PLANO DE AÇÃO

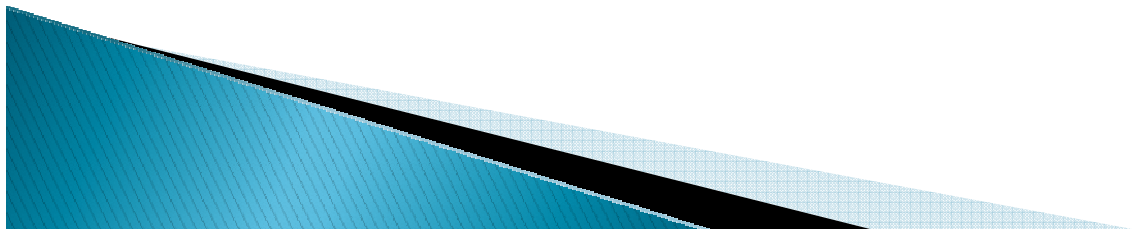
COMO ELABORAR?

Por: Dante Garcia



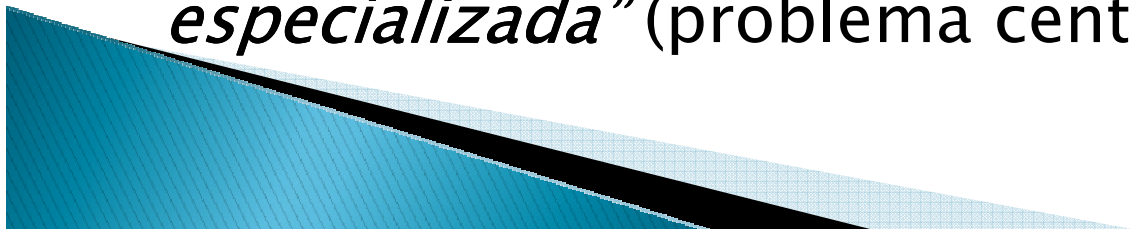
# PROBLEMAS E OBJETIVOS

- ▶ Na primeira etapa, formulamos o **OBJETIVO**, sendo que, para isto, verificamos a existência de um **PROBLEMA**, na análise situacional. Partimos da premissa de que, só há alvos ou situações a serem alcançadas/resolvidas, se é possível explicar seus motivos. Lembramos que para esta construção, deve-se ter o cuidado para não confundir **PROBLEMAS** com **CAUSAS**.



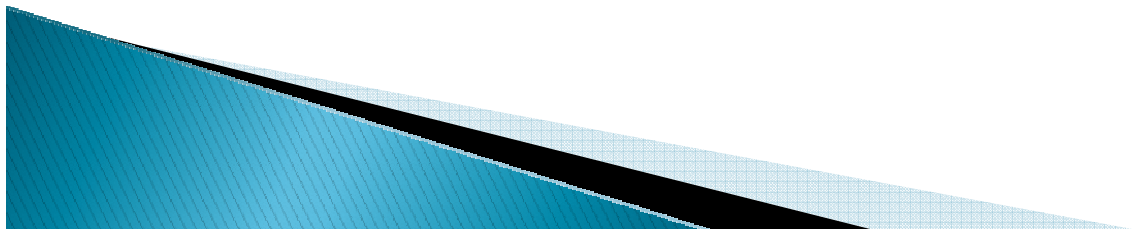
# PROBLEMAS E OBJETIVOS

- ▶ **Exemplo:** se a equipe que está elaborando um plano de ação, ao se discutir as situações-problemas na dimensão materno-infantil do Estado de Goiás, constatar que há uma *“mínima quantidade de estabelecimentos públicos de saúde com disponibilidade de leitos de UTI neonatal”*, dependendo da dimensão da situação analisada, ela **não seria** classificada como um *problema central*, já que na verdade tal situação estaria criando algo mais **forte e impactante** que poderia ser, por exemplo, a *“baixa cobertura da população infantil com serviços de assistência hospitalar especializada”* (problema central)



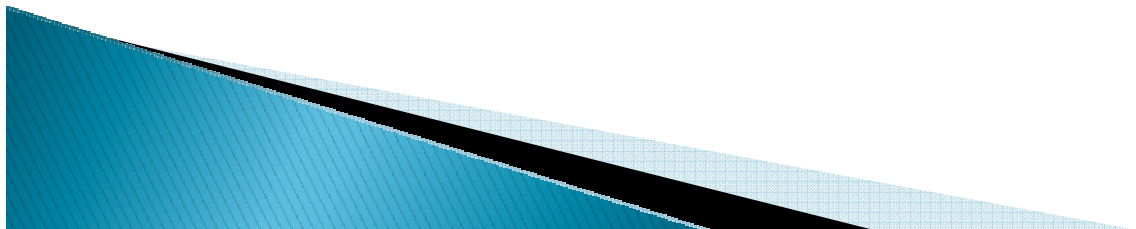
# PROBLEMAS E OBJETIVOS

- ▶ Nesse caso, a questão da *mínima quantidade de estabelecimentos públicos com leitos de UTI neonatal* seria classificada como **CAUSA** do problema central indicado e, atrelado a este, poder-se-ia ter uma seqüência de outras causas importantes, como “*carência de médicos intensivistas*”, “*deficiência na regulação dos leitos de UTI*”, “*existência de barreiras geográficas entre a população e o serviço*”



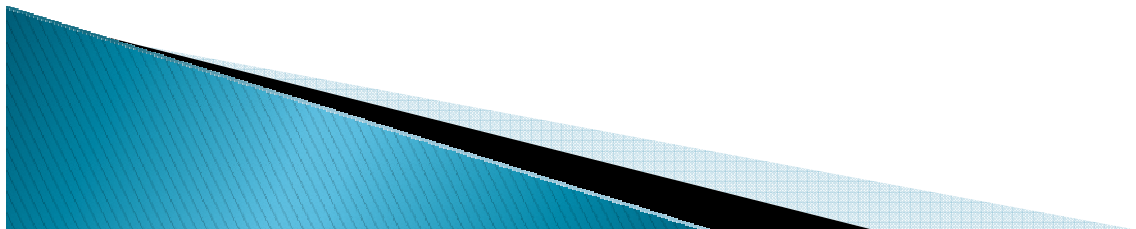
# PROBLEMAS E OBJETIVOS

- ▶ Ao final da análise, a equipe encontraria, com esta relação **de PROBLEMA versus CAUSA**, os **EFEITOS** do problema, como “*elevação da mortalidade infantil neonatal*”. Então, o objetivo maior a ser atingido para responder aos efeitos, não deverá ser simplesmente, a “construção de novos estabelecimentos públicos com leitos de UTI neonatal” (que é um **OBJETIVO ESPECÍFICO**), mas “Ampliar a oferta da assistência hospitalar especializada em Goiás” (**OBJETIVO GERAL**).



# PROBLEMAS E OBJETIVOS

- ▶ Pelo o que se observa, no exemplo, o **PROBLEMA CENTRAL** deverá ser respondido por um **OBJETIVO GERAL** e, as **CAUSAS** priorizadas deste problema central se transformarão em **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** e cada um destes, permitirá a construção, de um plano de ação contendo as **ESTRATÉGIAS, METAS, AÇÕES, INDICADORES E RESPONSÁVEIS.**





# PROBLEMAS E OBJETIVOS

## ► Até aqui vemos

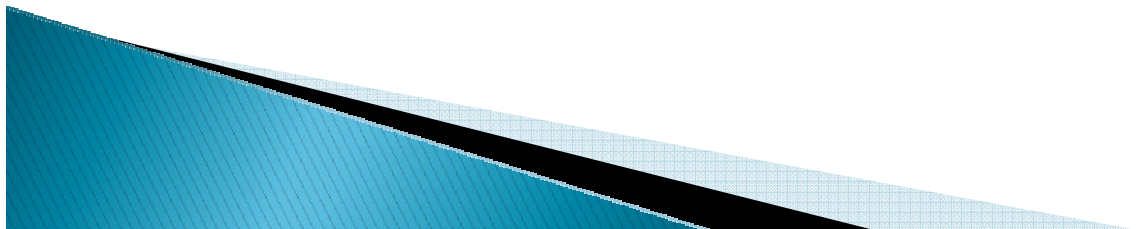
**OBJETIVO GERAL:** Dobrar a oferta dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, para a população infantil residente nas cinco macrorregiões de saúde de Goiás.

**PROBLEMA RELACIONADO:** Baixa cobertura da população infantil com serviços de assistência hospitalar especializada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIA	METAS	INDICADOR
Ampliar o número de hospitais especializados de alta complexidade materno-infantil nas macrorregiões de saúde de Goiás			
Implantar Complexo Regulador hospitalar e de urgências nas macrorregiões			
Etc...			

# FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

- ▶ Depois de elaborados os OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS de cada problema, formulamos as **ESTRATÉGIAS**, que serão *“as formas adotadas para operacionalizar os OBJETIVOS ESPECÍFICOS”*. Uma estratégia poderá se relacionar com um ou vários objetivos específicos. O quadro a seguir apresenta as estratégias.



# FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

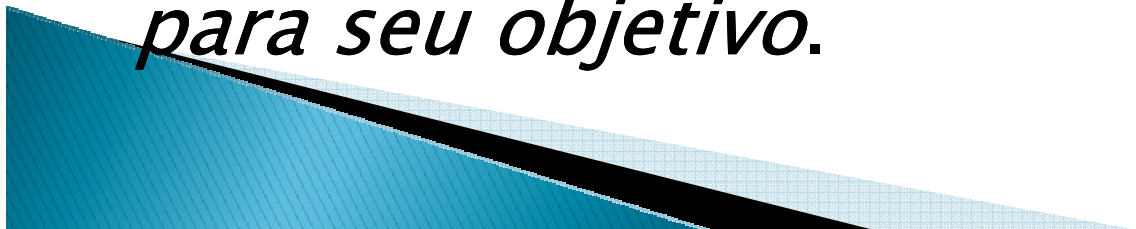
**OBJETIVO GERAL:** Dobrar a oferta dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, para a população infantil residente nas cinco macrorregiões de saúde de Goiás.

**PROBLEMA RELACIONADO:** Baixa cobertura da população infantil com serviços de assistência hospitalar especializada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIA	METAS	INDICADOR
Ampliar o número de hospitais especializados de alta complexidade materno-infantil nas macrorregiões de saúde de Goiás	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilização da Rede de Atenção Materno-Infantil, como regra de negócio.</li><li>- Captação de recursos financeiros através de emendas parlamentares da bancada goiana, na esfera federal.</li><li>- Utilização dos municípios de maior porte e com maior oferta de serviços como propensos locais para localização dos estabelecimentos.</li></ul>		
Implantar Complexo Regulador hospitalar e de urgências nas macrorregiões	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adoção da política nacional – Pacto Pela Saúde</li><li>- Utilização dos Colegiados de Gestão Regional como meio de validar e fortalecer a proposta.</li></ul>		
Etc...			

# METAS E INDICADORES

- ▶ Agora, adicionamos ao quadro, para cada objetivo específico, as **METAS** – que são expressões **QUANTITATIVAS** de um objetivo e que deverão dizer “o que, para quem e quando” e os **INDICADORES**, que se apresentam como fórmulas e/ou expressões e que servirão de medida para o alcance de tais metas. É imprescindível que *as metas tenham as características descritas e que elas estejam, realmente, apontando para seu objetivo.*



# METAS E INDICADORES

**OBJETIVO GERAL:** Dobrar a oferta dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, para a população infantil residente nas cinco macrorregiões de saúde de Goiás.

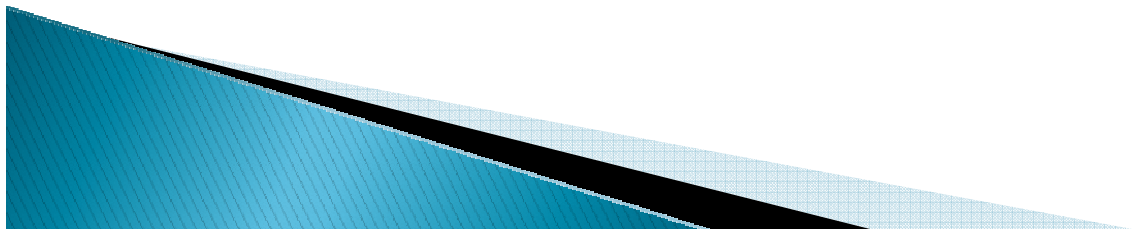
**PROBLEMA RELACIONADO:** Baixa cobertura da população infantil com serviços de assistência hospitalar especializada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIA	METAS	INDICADOR
Ampliar o número de hospitais especializados de alta complexidade materno-infantil nas macrorregiões de saúde de Goiás	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização da Rede de Atenção Materno-Infantil, como regra de negócio.</li> <li>- Captação de recursos financeiros através de emendas parlamentares da bancada goiana, na esfera federal.</li> <li>- Utilização dos municípios de maior porte e com maior oferta de serviços como propensos locais para localização dos estabelecimentos.</li> </ul>	Implantação, em 2009, de 5 Hospitais Especializados de Alta Complexidade, sendo um em cada macrorregião	Número de hospitais existentes x 2
		Reformar, ampliar e equipar, em 2009, 1 hospital com o perfil já existente na macrorregião Centro-Oeste (Hospital Materno-Infantil)	% de Conclusão da Reforma e Ampliação
Implantar Complexo Regulador hospitalar e de urgências nas macrorregiões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoção da política nacional – Pacto Pela Saúde</li> <li>- Utilização dos Colegiados de Gestão Regional como meio de validar e fortalecer a proposta.</li> </ul>	Implantar, em 2009, 5 complexos reguladores, em cada macrorregião de saúde.	Número de Complexos Implantados / 5 X 100
Etc...			



# AÇÕES

- ▶ Finalmente, para cada meta definida, construímos as **AÇÕES**, que são as definições capazes de gerar movimento, por parte de seus responsáveis, ao *alcance do objetivo*.
- ▶ Podemos ainda *decompor* as **AÇÕES** em **ATIVIDADES**, e estas em **TAREFAS**, que nesse caso, gerará o *plano operacional* (curto prazo).



# AÇÕES

**OBJETIVO GERAL:** Dobrar a oferta dos serviços de média e alta complexidade hospitalar, para a população infantil residente nas cinco macrorregiões de saúde de Goiás.

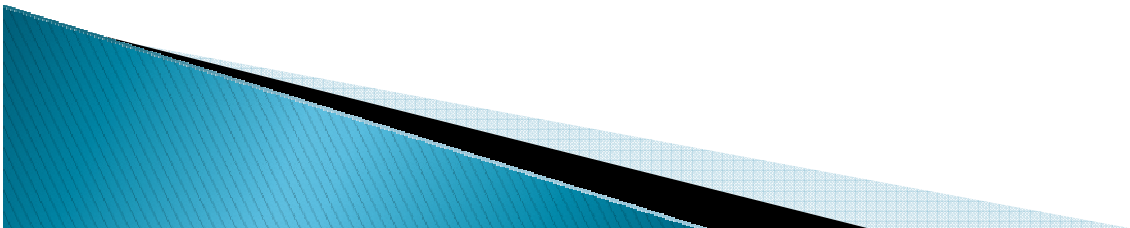
**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Ampliar o número de hospitais especializados de alta complexidade materno-infantil nas macrorregiões de saúde de Goiás.

METAS	INDICADOR	AÇÃO	RESPONSÁVEL
Implantação, em 2009, de 5 Hospitais Especializados de Alta Complexidade, sendo um em cada macrorregião	Número de hospitais existentes x 2	Elaborar Projeto Arquitetônico que atenda as exigências técnicas para construção de Hospitais com o perfil definido	Rede Física
		Aprovação do Projeto nos órgãos competentes	SPLAN
		Negociar com Gestores Municipais e pactuar, na CIB, os municípios que sediarão os Hospitais	SPLAN/GAB SES
		Adquirir área física nos municípios-sede, para início das construções.	Rede Física/SPLAN/GAB SES
		Etc...	

# EXERCÍCIO

**Considerando os conhecimentos acerca da epidemiologia e levando-se em conta o seu papel na identificação e análise da situação de saúde, identifique o problema de saúde, seu efeito e suas causas.**

**Poderá ser considerando qualquer órgão ou área do SUS, da gestão ou da atenção à saúde, de qualquer esfera de gestão.**



# ÁRVORE DE PROBLEMAS



# Planejamento em saúde



# Contexto de emergência

- **Planejamento normativo vs. Estratégico**
  - **características do enfoque normativo**
  - **características do enfoque estratégico**

# Características do enfoque normativo

- a planificação supõe um objeto e um sujeito independentes (eu - realidade)
- a planificação procura conhecer a realidade através do diagnóstico (único) diagnóstico
- a realidade é objetiva, apresenta comportamentos previsíveis e estáveis
- viés economicista; o político é um dado exógeno ou uma mera restrição
- o enfoque trabalha com sistemas de final fechado (única chegada, única trajetória)

# **Características do enfoque estratégico**

- O sujeito que planeja está dentro da realidade (histórica) e coexiste com outros atores;
- Há diferentes explicações, situações ou diagnósticos condicionados pelo lugar que os atores ocupam nessa realidade;
- a realidade não é objetual (indivíduo x objeto exterior); a conduta é um processo criativo, pouco estruturado; a previsão supõe um cálculo estratégico;
- a normatividade econômica não é única; a viabilidade política define o pode ser da norma;
- o enfoque trabalha com sistemas de final aberto (probabilístico)

# Planejamento situacional

- “cálculo” que precede e preside a ação
- “arte” de governar em situações de poder compartilhado

# Fundamentos do enfoque situacional

- **Planifica quem governa**
- **A planificação refere-se ao presente**
- **A planificação exige um cálculo situacional**
- **A planificação refere-se a oportunidades e problemas**
- **A planificação é inseparável da gerência**
- **A planificação é necessariamente política**
- **A planificação não é adivinhação do futuro**
- **A planificação não é monopólio nosso**
- **A planificação não domina o tempo**
- **O plano é modular**



# O conceito de poder

- O Poder está relacionado com a ação: “capacidade de fazer ou de influir sobre o que os outros fazem”
- O poder é uma relação social, referido aos projetos das diversas forças sociais em conflito
- O poder é produto de uma acumulação social, pode ser acumulado/desacumulado no processo de produção de fatos

# O triângulo de governo

- Projeto de governo (do ator)
- Capacidade de governo (do ator que planifica): perícia, práticas e organização
- Governabilidade (da situação)

# **Propostas metodológicas: a trilogia matusiana**

- **PES: Planejamento Estratégico Situacional**
- **MAPP: Manual Altadir de planificação popular**
- **ZOOP: Planejamento orientado por objetivos**

# PES: momentos

- **Explicativo:** o que é, o que tende a ser? (Análise da situação inicial)
- **Normativo:** o que deve ser?  
(Desenho da Situação-Objetivo, Programa Direcional)
- **Estratégico:** o que fazer? Com quem? Como? Para que? (Análise de viabilidade)
- **Tático-operacional:** fazendo ....  
(Condução do processo de operacionalização dos módulos do Plano)

# **MAPP: manual de planificação popular**

- Seleção dos problemas do Plano
- Identificação do ator que explica
- Identificação de outros atores
- Formulação de objetivos
- identificação dos nós críticos
- Desenho de operações
- Identificação da demanda de outros atores
- Avaliação das condições de execução
- Orçamentação
- Previsão de “eventos surpresas”
- Cronograma
- Estabelecimento do sistema de acompanhamento e avaliação



# ZOOP: planejamento por projetos

- Análise da participação dos grupos envolvidos
- Análise dos problemas
- Análise dos objetivos
  
- Elaboração da matriz de planejamento por projeto (Objetivos específicos, produtos, resultados, atividades, tarefas, responsáveis, prazos, indicadores de acompanhamento e avaliação)



---

# Planejamento situacional em saúde

# Planejamento situacional em saúde

## **Análise da situação de saúde: problemas**

(necessidades, riscos e danos)

## **Formulação de políticas e definição de prioridades**

- em diversos níveis de governo (nacional, estadual, municipal ) gestão e gerência do sistema de saúde
- com diversos níveis de abrangência segundo problemas/grupos sociais (geral, particular, singular)

## **Programação**

- programação de ações em sistemas de saúde
- ações programáticas em unidades de saúde

## **Gerenciamento da execução**

# **Planejamento situacional em saúde:**

## **Análise da situação de saúde**

### **Problemas de saúde e problemas do sistema de serviços**

- necessidades, riscos e danos que afetam indivíduos e grupos;
- insuficiência (de recursos) , ineficiência (gerencial), ineficácia (dos serviços) , inequidade (do sistema).
- inadequação (das respostas sociais e do sistema de saúde aos problemas e necessidades

### **Métodos, técnicas e procedimentos Análise Situação Saúde**

- territorialização dos problemas e grupos sociais
- articulação dos enfoques clínico, epidemiológico e social
- envolvimento dos diversos atores sociais e políticos

# Planejamento situacional em saúde:

## Políticas e prioridades

### ■ **Formulação de políticas**

- em diversos níveis de governo (nacional, estadual, municipal )
- em diversos âmbitos da gestão do sistema de saúde
- em diversos espaços de gerência de serviços de saúde
- em diversos níveis de abrangência: geral, particular, singular
- Métodos e técnicas para formulação de políticas

### ■ **Seleção de prioridades**

- priorização de problemas, grupos sociais e/ou ações
- critérios de priorização
- técnicas de seleção de prioridades

# Planejamento situacional em saúde:

## Processo de programação

- **Programação de ações**

- ações finalísticas e ações estratégicas
- ações de saúde (promoção, prevenção e recuperação)
- ações político-gerenciais e organizativas

- **Ações programáticas**

- segundo problemas específicos
- segundo grupos sociais específicos
- segundo áreas territoriais específicas

- **Processo de programação**

- Elaboração de módulos operacionais



# Planejamento situacional em saúde:

## Gerenciamento da execução

- **Perfil do dirigente:** perícia, conhecimento, experiência
  - **Gerência de operações:**
    - condução e organização do processo de trabalho
    - seleção de tecnologias
  - **Monitoramento e prestação de contas**
    - controle social
    - controle gerencial
    - controle de qualidade